

# 指定訪問看護事業重要事項説明書

## 1. 事業所の概要

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 事業所名        | 訪問看護ステーション府中               |
| 所在地         | 福井県越前市府中1丁目3番5号            |
| 介護保険指定事業者番号 | 1860390036                 |
| サービス提供地域    | 越前市、鯖江市、南越前町、<br>越前町（旧宮崎村） |

## 2. 事業所の職員体制等

|        | 職 種   | 人 員           |
|--------|-------|---------------|
| 管 理 者  | 看 護 師 | 1名（常勤・看護師兼務）  |
| 訪問看護師等 | 看 護 師 | 5名以上（専従）      |
|        | 理学療法士 | 3名（常勤・訪問リハ兼務） |
|        | 作業療法士 | 1名（常勤・訪問リハ兼務） |
|        | 言語聴覚士 | 1名（常勤・病院リハ兼務） |
| その他職員  | 看護補助者 | 4名（常勤・訪問介護兼務） |
|        | 事 務 員 | 1名（常勤・兼務）     |

## 3. 営業時間

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 月 ～ 金 | 午前8時30分 ～ 午後5時30分 |
|-------|-------------------|

※ 休業日 土・日・祝日、12月31日～1月3日  
但し、利用者の状態により必要と認められる場合はこの限りではありません。

※ 緊急連絡先 0778-24-3610（24時間対応）

## 4. 訪問看護の事業内容

- (1) 症状観察・療養相談
- (2) 褥創の予防・処置
- (3) カテーテルの管理
- (4) 終末期の看護（指定予防訪問看護は除く）
- (5) リハビリテーション
- (6) その他医師の指示による医療処置

## 5. サービス利用料及び利用者負担

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問看護料 | 介護保険給付額の自己負担額（料金表参照）<br>当事業所は、看護体制強化加算 2 の算定事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|       | 各健康保険の規定による自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|       | <b>営業時間外加算</b><br>介護保険による訪問看護は法規定に準じます。<br>医療保険による訪問看護は法規定に準じます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|       | <b>オプション（介護保険・医療保険対象外）の場合（税別）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 回の訪問時間 60 分未満の場合 7,000 円</li> <li>・ 30 分増すごとに 1,000 円加算</li> <li>・ 準夜（17:30～22:00）・早朝の場合(6:00～8:30)500 円/1 時間の加算</li> <li>・ 深夜(22:00～6:00)の場合 1,000 円/1 時間の加算</li> <li>・ 1 日 8 時間訪問の場合（日中のみ） 20,000 円</li> <li>準夜（17:30～22:00） 25/100、深夜(22:00～6:00)50/100 の加算</li> <li>・ 死後の処置料 5,000 円</li> <li>・ 旅行等の交通費等経費は依頼者負担とします。</li> </ul> |

※事業実施地域外の交通費は、実施地域点から 15 k m 未満 200 円、15 k m 以上 400 円とする。

- (1) 自己負担金は次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- ①自動口座引き落とし（指定口座から月 1 回引き落とします。）
- ②現金払い（月 1 回お支払いをお願いいたします。）

## 6. 訪問時間について

他の利用者の都合等により、やむなく訪問時間の調整が必要な場合には、訪問時間の変更をお願いする場合があります。

## 7. キャンセル

サービスの利用を中止する際には、事前に所定の連絡先までご連絡下さい。尚、キャンセル料のご利用者負担はありません。

電話：0 7 7 8 — 2 4 — 3 6 1 0

## 8. 当事業所の運営方針等

基本理念：ご利用者が出来るだけ自立した在宅生活を維持できるよう、その人間性と可能性を尊重し心の通った在宅サービスを提供します。

- (1) 看護師等は、利用者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
- (2) 終末期看護において、在宅療養支援診療所の医師と連携を図り、利用者にとって安心で安楽に終末期が過ごせるように支援します。
- (3) 事業の実施に当たっては、県、関係市町、居宅介護支援事業者、包括支援センター、地域の保健、医療福祉サービスとの密接な連携を図り、適正かつ総合的なサービスの提供に努めます。
- (4) 利用者が介護保険対象の場合は、要介護認定等の申請を行っているか確

認し、その必要性を認めるときは、当該利用者の意向を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう支援します。

## 9. 相談窓口、苦情対応

- ※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。
- ※ 担当者 山田（管理者）、松宮（主任）が承ります。
- ※ 受付された相談や苦情は、当事業所のマニュアルに沿って対応いたします。（資料添付）

| お客様相談窓口 | 事業所            | 連絡先          |
|---------|----------------|--------------|
|         | 訪問看護ステーション府中   | 0778-24-3610 |
|         | 越前市（長寿福祉課）     | 0778-22-3715 |
|         | 鯖江市（長寿福祉課）     | 0778-53-2218 |
|         | 南越前町（保健福祉課）    | 0778-47-8007 |
|         | 越前町（生活住民課）     | 0778-32-7713 |
|         | 福井県国民健康保険団体連合会 | 0776-57-1614 |

## 10. 虐待防止に関する事項

当ステーションは、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (2) 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施しています。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置を講じるための担当者として管理者と主任の2名を置きます。
- (4) 事業所内に虐待防止委員会を設置し適宜開催しています。

## 11. 身体拘束等適正化の推進のための措置

当ステーションは、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等をおこないません。身体拘束等をおこなう場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記載します。

## 12. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

- (1) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催すると共にその結果について、従業員に周知しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

当ステーションは、感染症や自然災害の発生時において、訪問看護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更をおこないます。

- (1) サービス提供時に事故が発生した場合は、訪問看護師は速やかに状況を把握し管理者に報告します。生命・身体に異常があるときは、主治医に報告、救急処置を行ない救急要請します。
- (2) 管理者は、報告を受けて利用者の家族、市町村、居宅支援事業所に連絡を取り事故の対応の調整を図ります。

災害等が発生した場合には、管理者の判断により訪問を中止または日時を変更させていただく場合があります。その場合には、主治医・介護支援専門員にその旨を報告します。

利用者または、ご家族の非協力、無理な要求等、双方の信頼関係を損壊する行為に改善の見込みがない場合、職員に対する身体的、精神的な影響を及ぼす行為（人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする等）、性的ないやがらせ等により当事業所及び職員の通常の業務遂行に支障が出ていると判断した場合には、契約を解除させて頂くことがあります。

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。  
 ご利用者またはご家族（続柄  ）

住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_